

## CONDUCTA VERBAL DE TERAPEUTAS Y PACIENTES DURANTE LA APLICACIÓN<sup>1</sup> DE LOS DISTINTOS COMPONENTES DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

THERAPISTS' AND PATIENTS' VERBAL BEHAVIOR DURING THE APPLICATION OF THE DIFFERENT COMPONENTS  
OF THE COGNITIVE RESTRUCTURING TECHNIQUE

ANA CALERO-ELVIRA\*, MARÍA XESÚS FROJÁN-PARGA,  
ELENA MARÍA RUIZ-SANCHO E IVETTE VARGAS-DE LA CRUZ  
*Universidad Autónoma de Madrid, España*

**Resumen:** El propósito del trabajo es analizar los componentes terapéuticos aplicados en la reestructuración cognitiva y la frecuencia con que cada uno de ellos se utiliza, así como el comportamiento verbal de psicólogos y pacientes en estos componentes. Se observaron las grabaciones de 153 fragmentos de reestructuración obtenidos de 22 casos clínicos de cuatro psicólogos cognitivo-conductuales. La conducta verbal se categorizó atendiendo a las operaciones conductuales básicas que pueden tener lugar en la clínica según el sistema SISC-INTER y con la ayuda de la herramienta The Observer XT. El debate fue el componente más utilizado, seguido de la explicación y la propuesta y repaso de tareas. Se encontraron diferencias en la conducta verbal de psicólogos y pacientes en los distintos componentes, lo que supone un avance en la investigación de los procesos de cambio implicados en esta técnica.

**Palabras clave:** técnicas cognitivas, método socrático, metodología observacional, mecanismos de cambio, análisis de verbalizaciones.

**Abstract:** Study aims to analyse therapeutic components applied in cognitive restructuring and their frequency. Verbal behavior of psychologists and patients in these components is studied. Recordings of 153 restructuring fragments from 22 clinical cases were observed. Four cognitive-behavioral psychologists collaborated. Verbal behavior was coded with The Observer XT according to the basic behavioral operations that could take place in clinical contexts following the SISC-INTER system. The Socratic method was the most frequent component, followed by explanation and proposal and checking of tasks. Differences in verbal behavior of psychologists and patients in the different components were found, representing an advance in the research on processes of change involved in this technique.

**Keywords:** cognitive techniques; disputational strategies; observational methodology; mechanisms of change; analysis of utterances.

Las técnicas de reestructuración cognitiva son uno de los tres tipos de técnicas del enfoque cognitivo-conductual según la clasificación tradicional de Mahoney y Arnkoff (1978). Las más representativas son la terapia racional emotiva de Ellis (Ellis, 1962/1970; Ellis & Grieger, 1977/1989) y la terapia cognitiva de Beck (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979/1983). Las propuestas de Beck y Ellis son enfoques terapéuticos muy amplios que incluyen una gran variedad de técnicas, por lo que queda confuso desde el principio a qué se refiere el término *reestructuración cognitiva* como técnica particular. Lo que sí parece claro es que, independientemente de las diferencias entre autores, el objetivo clínico principal de la técnica es identificar y mo-

dificar las cogniciones desajustadas del paciente poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Por otra parte, se podría afirmar que la *discusión* o *debate* es la actividad terapéutica central de la técnica y trata en esencia de un diálogo, inicialmente del terapeuta con el paciente y, después, del paciente consigo mismo, en el que se intenta que éste reflexione sobre lo apropiado de sus cogniciones y entonces cambie sus pensamientos disfuncionales, principalmente a través de preguntas y de diferentes estrategias de debate (fundamentalmente debates lógicos, debates empíricos y debates funcionales; véanse, por ejemplo, Beck, 2005/2007; Ellis & Grieger, 1977/1989).

<sup>1</sup> Parte de este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación en el marco del Plan Nacional de I+D+I 2004-2007 (Proyecto SEJ2007\_66537\_PSI) y 2008-2011 (Proyecto PSI2010-15908).

\* Dirigir correspondencia a: Ana Calero-Elvira, Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología. C/ Iván Pavlov nº 6. 28049, Madrid, España. Correo electrónico: ana.calero@uam.es

Revisando la literatura científica al respecto de la reestructuración cognitiva y, especialmente, la excelente revisión realizada por Carey y Mullan (2004), se puede concluir que la falta de claridad sobre la técnica comienza por la gran variedad de términos que se utilizan para denominarla, la ausencia de una definición comúnmente aceptada sobre la misma y la identificación, en muchas ocasiones, de la técnica con una de sus actividades principales, el debate. Tal como señalan estos autores, algunos de los términos que se utilizan en la literatura para referirse a la reestructuración y/o al debate son: *técnicas socráticas* (*Socratic techniques*; Overholser, 1988), *descubrimiento guiado* (*guided discovery*; Beck, Wright, Newman & Liese, 1993), *razonamiento socrático* o *modo socrático* (*Socratic reasoning* o *Socratic manner*; Linehan, 1993), *disputa socrática* (*Socratic disputation*; Bishop & Fish, 1999), *educación socrática* (*Socratic education*; Pateman, 1999) o *marco socrático* (*Socratic framework*; Tweed & Lehman, 2003), entre otros, mientras que los más utilizados son el *método socrático* (*Socratic method*) y *cuestionamiento socrático* (*Socratic questioning*). Esta confusión terminológica que se refleja en los manuales está ampliamente extendida entre los clínicos, quienes utilizan indistintamente algunos de estos nombres para referirse a la técnica de reestructuración cognitiva, al debate o a ambos.

Como exponen Carey y Mullan (2004, 2007), el hecho de encontrar tantos términos podría llevar a plantear si en todos los casos se está refiriendo a la misma técnica o bien se trata de varias diferentes. De acuerdo con estos autores, en este trabajo se asume que se trata de la misma técnica, aunque se tiene en cuenta que la confusión no finaliza en el nivel terminológico. Como señalan las citadas revisiones, existen numerosas contradicciones, inexactitudes e inconsistencias sobre su uso terapéutico. Por ejemplo, algunos de los aspectos que no quedan resueltos en la literatura sobre la técnica son: ¿Qué papel debe desempeñar el terapeuta?, ¿cuándo se debe usar el método socrático, desde el principio o una vez que ha avanzado el tratamiento?, ¿cómo debe usarse el método socrático, desde lo concreto hasta lo más abstracto o desde lo abstracto hasta lo concreto?, ¿cuáles son los componentes de la técnica?, ¿hay que proporcionar al paciente la solución al problema o se debe permitir que sea el paciente quien genere sus propias soluciones?

Esta falta de claridad resulta paradójica si se tiene en cuenta que esta técnica es ampliamente utilizada entre los

clínicos del enfoque cognitivo-conductual y también de otras orientaciones. una muestra del uso extendido de la reestructuración cognitiva se puede encontrar en la encuesta *PracticeNet* realizada por la American Psychological Association (APA) en 2003: un 86.8% de los psicólogos que contestaron afirmó que una de las cinco actividades más frecuentes en sus sesiones clínicas era “identificar o desafiar pensamientos”, y un 85.5% decía dedicarse a “establecer la relación entre los pensamientos y el afecto”, actividades ambas que son componentes esenciales de la reestructuración cognitiva. Teniendo en cuenta todo lo anterior, parece que un objetivo prioritario de la investigación sobre la reestructuración cognitiva debería ser aclarar algunos de estos aspectos confusos que se señalaron.

Los componentes terapéuticos que se pueden incluir dentro de la técnica de reestructuración comprenden un conjunto de actividades terapéuticas cuyo objetivo último es que el paciente aprenda a identificar aquellos pensamientos/verbalizaciones disfuncionales que generan malestar o conductas no adaptativas y que los sustituya por otros alternativos funcionales. Revisando la literatura al respecto, podemos encontrar las siguientes actividades dentro de la técnica, algunas de ellas características de la reestructuración y otras comunes a cualquier técnica psicológica: el debate de los pensamientos entre terapeuta y paciente durante la sesión clínica; la explicación de cómo los pensamientos influyen en las emociones y conductas de las personas o de por qué ciertos pensamientos se consideran irracionales o desajustados; la explicación sobre la técnica de reestructuración que se va a entrenar; el entrenamiento en sesión de la estrategia de debate; y las tareas para casa que se mandan o se revisan en sesión para complementar los demás procedimientos terapéuticos (veáanse, por ejemplo, Beck *et al.*, 1979/1983; Dryden, DiGiuseppe & Neenan, 2003; Ellis & Grieger, 1977/1989; Kennerley, 2007; Padesky & Greenberg, 1995).

La confusión en cuanto a qué se hace cuando se dice que se aplica la reestructuración cognitiva y la compleja combinación de actividades dentro de la propia técnica lleva a plantear el trabajo que se presenta aquí con dos objetivos: primero, identificar los componentes terapéuticos que engloban las distintas actividades desarrolladas dentro de la reestructuración cognitiva y analizar la frecuencia con que se dan en la muestra observada; segundo, realizar un análisis descriptivo del comportamiento verbal de psicólogos y pacientes durante la aplicación de los componentes

identificados previamente y analizar las diferencias entre éstos. Este análisis de la conducta de ambos protagonistas de la interacción terapéutica se realizará atendiendo a las operaciones conductuales básicas que pueden tener lugar en la clínica psicológica según la propuesta de Catania (1992) y Pérez (1996a, 1996b, 2004). Se realizaron hasta el momento algunos trabajos previos en esta línea (Froján-Parga, Montaña-Fidalgo & Calero-Elvira, 2006, 2007, 2010; Froján-Parga, Montaña-Fidalgo, Calero-Elvira & Ruiz-Sancho, 2011; Froján-Parga, Ruiz-Sancho, Montaña-Fidalgo, Calero-Elvira & Alpañés-Freitag, en prensa), algunos de ellos estudios descriptivos iniciales sobre la técnica de reestructuración cognitiva (Froján-Parga, Calero-Elvira & Montaña-Fidalgo, 2006, 2009, en prensa). El trabajo que aquí se presenta pretende dar un paso más en la clarificación de la técnica bajo el supuesto de que el análisis de lo que ocurre en las sesiones terapéuticas es la base para el estudio de los mecanismos de cambio que tienen lugar al aplicar cualquier técnica de intervención. Existen múltiples grupos de investigación que desarrollaron sistemas de categorías para el análisis de la conducta verbal de psicólogos y pacientes en la terapia psicológica, algunos de los más destacables son la Taxonomy of Verbal Response Modes (Stiles, 1987), The Counselor Verbal Response Category System (Hill, 1978), Client Verbal Response Category System (Hill *et al.*, 1981) y la Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS; Callaghan, 1998); sin embargo, en este estudio se decidió utilizar el Sistema de Categorización para el Estudio de la Interacción Terapeuta-Cliente (SISC-INTER), creado por este equipo de investigación (Calero-Elvira, 2009; Froján-Parga *et al.*, 2008; Virués-Ortega, Montaña-Fidalgo, Froján-Parga & Calero-Elvira, en prensa), en lugar de los anteriores porque aquéllos se utilizan principalmente para el análisis de un enfoque específico de tratamiento (como la FAPRS) o no permiten el análisis del comportamiento verbal que se pretende en este estudio.

## MÉTODO

### Participantes

Se observó un total de 273 grabaciones de sesiones clínicas individuales de aproximadamente una hora de duración que formaban parte de 35 casos diferentes en los que mayoritariamente se trabajó con población adulta. En el estudio participaron cuatro terapeutas de orientación

cognitivo-conductual con una experiencia profesional de al menos tres años de práctica clínica continuada tratando como mínimo una media de cinco casos a la semana; todos ellos llevaban a cabo su labor clínica en el Instituto Terapéutico de Madrid (Madrid, España). Los casos observados fueron los que se grabaron aleatoriamente de entre todos los tratados en el centro colaborador en el periodo comprendido entre febrero de 2004 y mayo de 2008. Tras la observación se identificaron 153 fragmentos en los que se aplicaba la técnica de reestructuración cognitiva, pertenecientes a 87 sesiones de 22 casos distintos; ello supuso un total de 15 horas, 21 minutos y 46 segundos de observación de la técnica de reestructuración. En la Tabla 1 se indican las características de los fragmentos de reestructuración encontrados, junto con los principales datos relativos a terapeutas y pacientes.

En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes y los psicólogos para proceder a la grabación y posterior observación y análisis de las sesiones; el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid aprobó este procedimiento. La confidencialidad de los datos recabados se respetó estrictamente a lo largo de todo el proceso.

### Materiales

La observación de la muestra completa para identificar la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva se realizó con un programa reproductor de imagen y sonido al uso (Windows Media Player). Una vez identificados los fragmentos de reestructuración, éstos fueron observados, registrados y codificados utilizando el Sistema de Categorización para el Estudio de la Interacción Terapeuta-Cliente (Calero-Elvira, 2009; Froján-Parga *et al.*, 2008; Virués-Ortega *et al.* en prensa). Para realizar el registro en soporte informático y facilitar el posterior análisis de datos, se contó con la ayuda del programa The Observer XT de © Noldus Information Technology en su versión 6.0, a partir del cual se obtuvieron los datos de frecuencias totales de las categorías registradas. Para el cálculo del acuerdo intra e interobservadores se utilizó el programa The Observer XT en su versión 7.0 y el programa SPSS en su versión 15.0 se empleó para el cálculo de los estadísticos descriptivos y las pruebas de comparación entre grupos.

Las grabaciones de las sesiones clínicas fueron realizadas por medio de un circuito cerrado dispuesto en el

Tabla 1

Características de los fragmentos de reestructuración y de terapeutas y pacientes

Características de los fragmentos		Características del terapeuta			Características del paciente		
Caso	Número de fragmentos (duración total)	Terapeuta	Sexo	Experiencia (años)	Sexo	Edad	Problema
1	13 (1h 31' 30'')	1	M	14	M	29	Bajo estado de ánimo
2	10 (2h 25' 54'')	1	M	15	M	30	Problemas de pareja
3	12 (0h 34' 00'')	1	M	16	M	32	Problemas de pareja
4	35 (3h 26' 08'')	1	M	16	M	34	Bajo estado de ánimo
5	1 (0h 25' 53'')	1	M	16	M	53	Problema psicótico
6	1 (0h 06' 03'')	2	M	4	M	18	Problema de alimentación
7	2 (0h 12' 22'')	3	M	6	M	19	Fobia a atragantarse
8	7 (0h 39' 21'')	2	M	8	M	16	Problemas de adaptación al entorno
9	9 (0h 30' 27'')	2	M	6	H	34	Hipocondría
10	7 (0h 30' 38'')	4	H	6	H	36	Hipocondría
11	1 (0h 15' 20'')	4	H	5	M	44	Bajo estado de ánimo
12	14 (0h 55' 09'')	2	M	9	M	35	Problemas de pareja
13	7 (0h 34' 44'')	2	M	8	H	37	Problemas de pareja
14	1 (0h 02' 46'')	4	H	4	H	26	Bajo estado de ánimo
15	1 (0h 05' 10'')	4	H	3	H	50	Habilidades sociales
16	2 (0h 03' 31'')	2	M	6	M	51	Fobia a volar
17	1 (0h 02' 08'')	2	M	8	M	34	Bajo estado de ánimo
18	5 (0h 07' 15'')	3	M	9	H	24	Bajo estado de ánimo
19	12 (2h 8' 34'')	2	M	8	M	31	Problema de ansiedad
20	10 (0h 41' 30'')	1	M	15	M	30	Problemas de pareja
21	1 (0h 01' 23'')	1	M	15	H	33	Bajo estado de ánimo
22	1 (0h 02' 00'')	1	M	15	M	29	Problemas de pareja

M= mujer; H= hombre.

centro colaborador compuesto por cámaras semicultas situadas en las esquinas de los despachos donde se llevaban a cabo las sesiones clínicas.

### Variables

Las variables analizadas en este estudio fueron:

- Actividad terapéutica desarrollada por el psicólogo en relación a la técnica de reestructuración cognitiva (variable nominal). Se consideraron las siguientes atendiendo a la revisión de la literatura básica sobre el tema (Beck

*et al.*, 1979/1983; Dryden *et al.*, 2003; Ellis & Grieger, 1977/1989; Kennerley, 2007; Padesky & Greenberg, 1995). Una vez definidas *a priori* estas categorías, se trató de comprobar si las actividades terapéuticas realizadas en sesión se correspondían con ellas y en qué medida aparecían cada una:

- Explicar al paciente la teoría A-B-C, esto es, la influencia de los pensamientos en otras conductas de la persona (emociones y conductas motoras), o informarle sobre por qué ciertos pensamientos se consideran irracionales o disfuncionales.
- Explicar al paciente en qué consiste la técnica de reestructuración que se va a entrenar.

- Debatir los pensamientos desajustados entre terapeuta y paciente durante la sesión clínica.
  - Hacer una síntesis de un debate previo matizando algunos aspectos del mismo.
  - Entrenar al paciente durante la sesión en la realización del debate consigo mismo.
  - Proponer al paciente tareas y pautas de actuación para realizar fuera de sesión ("tareas para casa").
  - Revisar con el paciente las tareas propuestas en sesiones previas y que éste puso en práctica en el periodo entre sesiones.
- Conducta verbal del psicólogo. Se consideraron siete variables cuantitativas que expresaban la proporción de ocurrencia de cada categoría supraordenada de la conducta verbal del psicólogo según el sistema SISC-INTER (en concreto, según el Subsistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta para el Estudio de la Interacción; SISC-CVT-I) respecto al número total de categorías de éste que se dieron en cada fragmento de

reestructuración cognitiva. En la Tabla 2 se pueden consultar las categorías de este subsistema. Es importante resaltar que en el sistema que aquí se presenta, algunas de las categorías para el terapeuta se propusieron atendiendo a las posibles funciones básicas de su conducta en sesión (discriminación, reforzamiento, castigo y evocación de emociones; véase Ribes-Iñesta, Rangel & López-Valadéz, 2008), si bien solamente se hace referencia a topografías que podrían estar relacionadas con funciones de aprendizaje específicas, pues su efecto en la conducta del paciente no se ha demostrado. Es decir, para poder hablar de refuerzo en sentido estricto tendría que comprobarse que las conductas del paciente aumentan como respuesta a la aprobación del terapeuta y para hablar de castigo tendría que comprobarse que disminuyen como consecuencia de la desaprobación. Tales comprobaciones no se realizaron en este estudio y por eso se habla de topografías y no de funciones de la conducta verbal del terapeuta.

Tabla 2

Definición de las categorías del subsistema SISC-CVT-I

<i>Categorías<sup>a</sup></i>	<i>Definición</i>
Topografía discriminativa	Verbalización del terapeuta que evoca una conducta del paciente (verbal o no). Posibles variantes: sin indicar la dirección deseada de la respuesta, indicando la dirección deseada de la respuesta, conversacional, fallida, topografía discriminativa, "otras".
Topografía evocadora	Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el paciente acompañada de verbalización o bien a la verbalización de una respuesta emocional que está teniendo lugar.
Topografía de refuerzo	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el paciente. Posibles variantes: conversacional, bajo, medio, alto.
Topografía de castigo	Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el paciente. Posibles variantes: bajo, medio, alto.
Preparación	Verbalización del terapeuta que facilita, aunque no evoca directamente, la emisión de una determinada respuesta por parte del paciente poniéndolo en lugar para que pueda contestar adecuadamente a una pregunta, por medio de la aportación de información técnica o clínica o de resaltar las consecuencias, bien positivas o negativas, de una conducta del paciente. Posibles variantes: preparación del discriminativo, informativa, motivadora.
Instrucción	Verbalización del terapeuta que propone al paciente la realización de una tarea terapéutica fuera o dentro del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero sí han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer.
Otras	Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

<sup>a</sup> Se incluyen las definiciones de las categorías supraordenadas y se indican las variantes que se tuvieron en cuenta en cada caso, si bien en este trabajo sólo se presentan los datos relativos a las categorías supraordenadas por una cuestión de espacio. Para conocer ejemplos de las categorías y los criterios de categorización del sistema se pueden consultar los siguientes trabajos: Calero-Elvira (2009); Froján-Parga, Calero-Elvira *et al.* (2009, en prensa); Froján-Parga *et al.* (2008). Estos documentos podrán estar disponibles bajo petición a las autoras.

– Conducta verbal del paciente. Se consideraron ocho variables cuantitativas que expresaban la proporción de ocurrencia de cada categoría de la conducta verbal del paciente según el sistema SISC-INTER (en concreto, según el Subsistema de Categorización de la Conducta Verbal del Paciente para el Estudio de la Interacción; SISC-CVC-I) con respecto al número total de categorías de éste que tuvieron lugar en dicho fragmento. En la Tabla 3 se muestran las categorías del subsistema del paciente. En el caso del subsistema para el estudio de la conducta verbal del paciente, las categorías tienen en cuenta los posibles contenidos de las respuestas de éste ante las verbalizaciones del terapeuta consideradas en SISC-INTER, de modo que tampoco se utilizó ninguno de los otros sistemas elaborados que se pueden encontrar en la literatura debido a que no estudian las dimensiones buscadas, como el citado más arriba de Stiles (1987) o el Client Verbal Response Category System (Hill *et al.*, 1981).

### Procedimiento

Este estudio se inició solicitando la colaboración del centro de psicología donde, a partir de ese momento, se comenzó la grabación aleatoria de los casos clínicos atendidos allí, siempre con el consentimiento previo de la directora del centro y del psicólogo, así como de cada paciente que participó en la investigación.

Una vez grabadas y transformadas a los formatos oportunos (de VHS o DVD a MPEG), un observador experto en terapia cognitivo-conductual (el observador 1) analizó todas las sesiones para identificar los momentos en los que se aplicaba la reestructuración cognitiva, al tiempo que anotaba el tipo concreto de actividad terapéutica realizada por el psicólogo en ese fragmento de sesión. Para ayudar a la correcta identificación de la técnica de reestructuración y a la clasificación de las distintas actividades, se trabajó en esta tarea con un documento de guía elaborado *ad hoc* (Calero-Elvira, 2009)<sup>1</sup> y basado en la literatura sobre la

Tabla 3

Definición de las categorías del subsistema SISC-CVC-I

Categorías <sup>a</sup>	Definición
Proporcionar información	Verbalización a través de la cual el paciente trata de proporcionar al terapeuta información relevante para la evaluación y/o el tratamiento.
Solicitar información	Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del paciente hacia el terapeuta.
Mostrar aceptación	Verbalización del paciente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.
Mostrar desacuerdo	Verbalización del paciente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta.
Verbalización de emociones negativas	Expresión de emociones negativas, en forma de queja, que hace referencia al padecimiento del paciente debido a sus conductas problema. También verbalizaciones que indican una resistencia a las tareas propuestas por el terapeuta a causa del padecimiento que las mismas le supondrían.
Verbalización de emociones positivas	Expresión de emociones positivas que hace referencia a logros terapéuticos o a la situación que el paciente está viviendo o prevé que llegará en el futuro como fruto de sus logros terapéuticos o debido a cualquier otra circunstancia.
Seguir instrucciones	Conducta verbal del paciente que implica un seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta.
Otras	Cualquier verbalización del paciente que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores.

<sup>a</sup> Para conocer ejemplos de las categorías y los criterios de categorización del sistema se puede consultar Calero-Elvira (2009). Este documento podrá estar disponible bajo petición a las autoras.



técnica de reestructuración cognitiva, de modo que quedaran claros para el observador cuáles eran los criterios para señalar cada una de las actividades terapéuticas.

El mismo observador que identificó los momentos en los que se aplicaba la técnica de reestructuración procedió entonces a la observación, registro y codificación de la conducta verbal del terapeuta y del paciente para cada uno de los fragmentos encontrados. A pesar del alto grado de entrenamiento del observador 1 en el registro y codificación con el sistema SISC-INTER, para garantizar el mantenimiento de un adecuado nivel de fiabilidad en estas observaciones, que podría verse afectado por el registro prolongado por parte de un mismo observador, se calculó de manera periódica la concordancia inter e intra-juez. Los fragmentos de reestructuración cognitiva utilizados para ello se eligieron aleatoriamente entre el total de la muestra teniendo en cuenta que su duración fuera igual o superior a cinco minutos. Así, cada vez que el observador 1 completaba el registro y codificación de un 10% de los fragmentos (en torno a 15 registros), se comparaba su grado de acuerdo con otro observador (observador 2) también con un alto nivel de entrenamiento en el uso del sistema de categorización. Por otra parte, se midió el nivel de concordancia intra-juez para el observador 1 en los mismos fragmentos de reestructuración que se utilizaron para el cálculo del acuerdo inter-juez. En este caso se garantizó que entre los dos momentos diferentes en los que éste registró un mismo fragmento se hubiesen completado en torno a 15 registros distintos para evitar el posible efecto del recuerdo del registro previo, que daría lugar a un incremento artificial del grado de concordancia. El nivel mínimo para el mantenimiento de los registros realizados se fijó en un valor de Kappa de 0.50, que se encuentra en el punto intermedio del rango de valores razonables para este índice según Bakeman (2000) y Landis y Koch (1977). Por otra parte, se tuvo en cuenta que niveles inferiores de Kappa para un sistema de categorías como el aquí utilizado se alejarían notablemente del nivel óptimo de precisión según Bakeman, Quera, McArthur y Robinson (1997). En la Tabla 4 se presentan los valores del índice Kappa de Cohen ( $k$ ) y el porcentaje de acuerdo ( $p_A$ ) intra e interobservadores, todos ellos calculados para los registros con el sistema SISC-INTER considerando una ventana de tolerancia de 2 segundos. Como se puede apreciar, los niveles de Kappa fueron siempre superiores a 0.50 y se rechazó la hipótesis de que los acuerdos se debían al azar con un nivel de confianza de 0.95.

## Análisis de datos

En cuanto a los estadísticos descriptivos utilizados, se destacará la mediana en lugar de la media debido al reducido tamaño de alguno de los grupos, aunque adicionalmente se ofrecen los cálculos de la media para todas las categorías. Para realizar las comparaciones que se presentarán en el siguiente apartado, y teniendo en cuenta que en algunos componentes las muestras son pequeñas al tiempo que existe una alta desigualdad en el tamaño muestral entre ellos, se aplicaron distintas pruebas no paramétricas. Concretamente, para el análisis de las diferencias en el conjunto de los componentes se utilizó la prueba  $H$  de Kruskal-Wallis tomando como variable de agrupación el tipo de componente terapéutico de reestructuración. En función de los resultados obtenidos, para realizar las comparaciones *post hoc* entre cada par de componentes en las variables en las que se encontraron diferencias significativas, se empleó la prueba  $U$  de Mann-Whitney acompañada de la corrección de Bonferroni para controlar la tasa de error.

## RESULTADOS

En primer lugar se abordará el análisis descriptivo de las actividades terapéuticas consideradas, informándose de la frecuencia con que se realizan cada una de ellas en el total de la muestra. Después se procederá a analizar la distribución de las variables del comportamiento verbal del terapeuta y del paciente en cada uno de los grupos de actividades terapéuticas identificados anteriormente y se analizarán las diferencias que tienen lugar entre los distintos grupos.

### *Frecuencia y tipos de componentes terapéuticos utilizados en la aplicación de la reestructuración cognitiva*

Analizando los 153 fragmentos de reestructuración identificados (Tabla 1), se encontró que la distribución fue la siguiente en cuanto a las actividades terapéuticas realizadas: En 26 fragmentos el terapeuta explicaba al paciente la teoría A-B-C o le informaba sobre por qué ciertos pensamientos se consideran irracionales o disfuncionales, y en cuatro fragmentos se explicaba al paciente

Tabla 4

Niveles de concordancia intra e interobservadores durante el registro y codificación de la muestra

Comparación	Fragmento	Subsistema SISC-CVT-I				Subsistema SISC-CVC-I			
		Concordancia inter-observadores (Obs. 1-Obs. 2)		Concordancia intra-observador (Obs. 1)		Concordancia inter-observadores (Obs. 1-Obs. 2)		Concordancia intra-observador (Obs. 1)	
		PA	k	PA	k	PA	k	PA	k
1	Caso 4, S33 (10' 07'')	80%	$k = 0.76, p < 0.01$	84%	$k = 0.81, p < 0.01$	70%	$k = 0.64, p < 0.01$	85%	$k = 0.80, p < 0.01$
2	Caso 4, S59 (09' 49'')	74%	$k = 0.70, p < 0.01$	89%	$k = 0.87, p < 0.01$	76%	$k = 0.65, p < 0.01$	77%	$k = 0.68, p < 0.01$
3	Caso 3, S7 (09' 56'')	75%	$k = 0.70, p < 0.01$	83%	$k = 0.79, p < 0.01$	80%	$k = 0.63, p < 0.01$	100%	$k = 1.00, p < 0.01$
4	Caso 3, S10 (06' 18'')	79%	$k = 0.75, p < 0.01$	83%	$k = 0.80, p < 0.01$	75%	$k = 0.56, p < 0.01$	89%	$k = 0.80, p < 0.01$
5	Caso 16, S6 (05' 10'')	71%	$k = 0.64, p < 0.01$	68%	$k = 0.61, p < 0.01$	80%	$k = 0.62, p < 0.05$	73%	$k = 0.54, p < 0.05$
6	Caso 6, S5 (06' 03'')	73%	$k = 0.66, p < 0.01$	86%	$k = 0.81, p < 0.01$	81%	$k = 0.71, p < 0.01$	88%	$k = 0.82, p < 0.01$
7	Caso 9, S13 (13' 40'')	68%	$k = 0.62, p < 0.01$	86%	$k = 0.83, p < 0.01$	69%	$k = 0.54, p < 0.01$	78%	$k = 0.67, p < 0.01$
8	Caso 1, S5 (12' 51'')	82%	$k = 0.76, p < 0.01$	89%	$k = 0.85, p < 0.01$	85%	$k = 0.71, p < 0.01$	80%	$k = 0.74, p < 0.01$
9	Caso 1, S6 (13' 33'')	71%	$k = 0.65, p < 0.01$	92%	$k = 0.90, p < 0.01$	80%	$k = 0.63, p < 0.01$	91%	$k = 0.83, p < 0.01$
10	Caso 1, S7 (13' 30'')	81%	$k = 0.77, p < 0.01$	87%	$k = 0.83, p < 0.01$	84%	$k = 0.73, p < 0.01$	79%	$k = 0.65, p < 0.01$

S = sesión; Obs. = observador; PA = porcentaje de acuerdo;  $k$  = Kappa de Cohen.



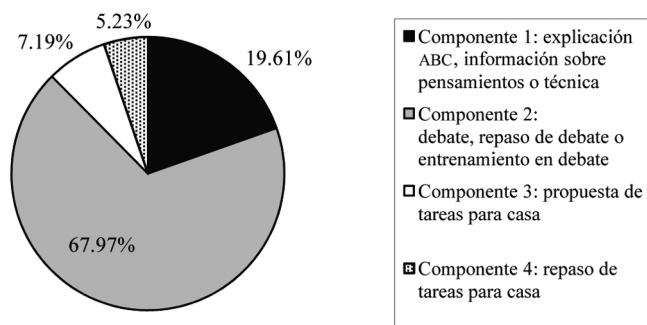


Figura 1. Componentes terapéuticos utilizados en la aplicación de la reestructuración cognitiva.

en qué consiste la técnica de reestructuración, lo que en conjunto se consideró el componente terapéutico 1 ( $n = 30$ ); por su parte, el componente terapéutico 2 fue el más numeroso ( $n = 104$ ) y estaba formado por 96 fragmentos en los cuales se debatían los pensamientos desajustados entre terapeuta y paciente durante la sesión clínica, cinco más en los que se hacía un resumen de ideas debatidas previamente y se matizaban algunos aspectos, sumados a otros tres fragmentos en los cuales se entrenaba al paciente en la realización del debate consigo mismo. Se encontraron también 11 fragmentos en los que el

terapeuta proponía al paciente tareas y pautas de actuación para realizar fuera de sesión relacionadas con la reestructuración cognitiva (componente terapéutico 3;  $n = 11$ ) y ocho fragmentos en los que se revisaban con el paciente las tareas de reestructuración propuestas en sesiones previas y que éste puso en práctica en el periodo entre sesiones (componente terapéutico 4;  $n = 8$ ). En la Figura 1 se refleja el porcentaje que cada uno de estos componentes representa respecto al total de fragmentos de reestructuración cognitiva observados. A partir de este momento, procedimos al estudio de las verbalizaciones del terapeuta y del paciente en cada uno de los cuatro componentes resultado de agrupar las distintas actividades terapéuticas consideradas.

#### *Distribución de las variables del comportamiento verbal del terapeuta y del paciente en los distintos componentes terapéuticos*

Los resultados obtenidos se recogen en las figuras 2 y 3 para las variables del terapeuta y del paciente, respectivamente, donde se muestran las medianas y medias para todas las categorías.

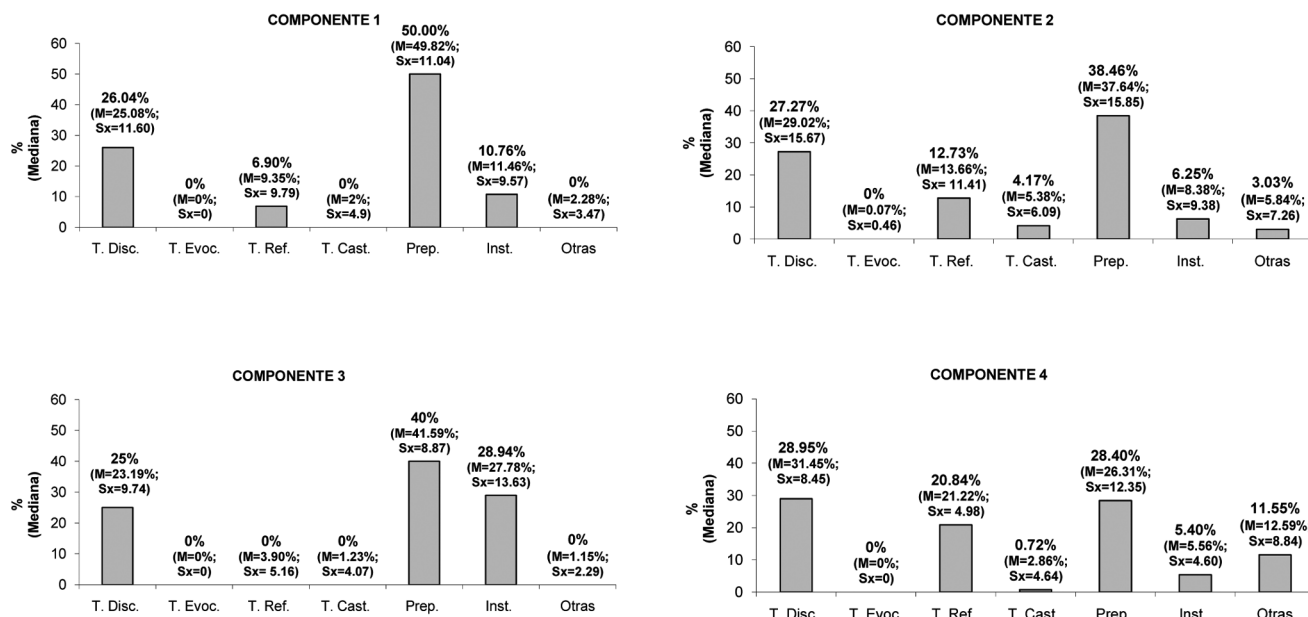


Figura 2. Distribución de las categorías de la conducta verbal del terapeuta para cada componente de la reestructuración cognitiva.

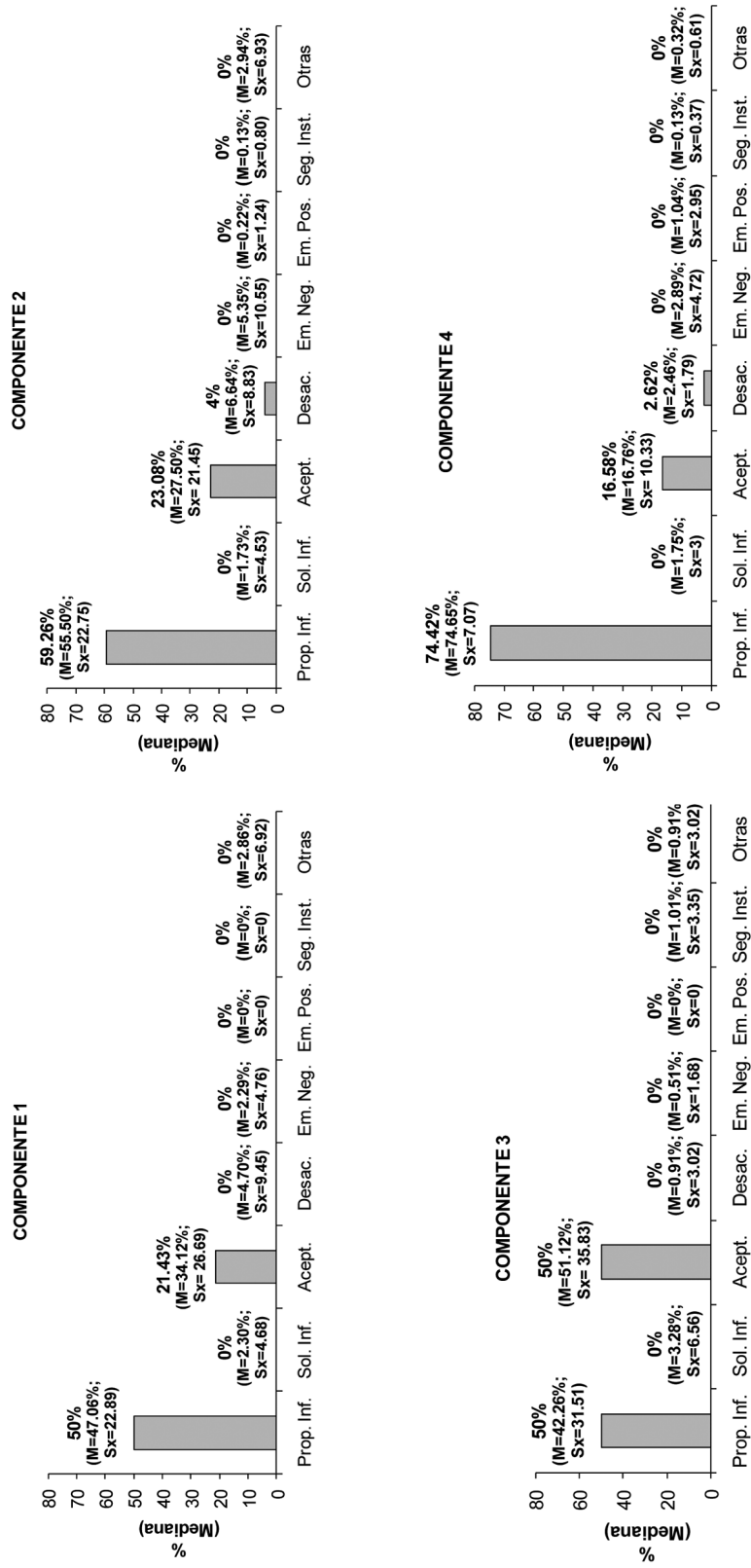


Figura 3. Distribución de las categorías de la conducta verbal del paciente para cada componente de la reestructuración cognitiva.

Los datos muestran que las variables de la conducta verbal del terapeuta que se dan con mayor frecuencia en la muestra total son la topografía discriminativa ( $Mdn = 26.81\%$ ) y la categoría preparación ( $Mdn = 40\%$ ). En el otro extremo se encuentran las variables topografía evocadora ( $Mdn = 0\%$ ), topografía de castigo ( $Mdn = 0.96\%$ ) y otras ( $Mdn = 2.58\%$ ), mientras que en un punto intermedio se sitúan la topografía de refuerzo ( $Mdn = 12.31\%$ ) y la categoría instrucción ( $Mdn = 7.63\%$ ). Una distribución muy similar se encuentra en el componente terapéutico 2, en el que se podría destacar una mayor frecuencia de la topografía de castigo ( $Mdn = 4.17\%$ ). En el caso del componente terapéutico 1 cabe resaltar que se da menos frecuentemente la topografía de refuerzo ( $Mdn = 6.90\%$ ). Para el componente terapéutico 3 el dato más destacable es el fuerte peso de la variable instrucción ( $Mdn = 27.78\%$ ) y el poco peso de la topografía de refuerzo ( $Mdn = 0\%$ ). Por último, en el componente terapéutico 4 resalta la alta ocurrencia de la variable topografía de refuerzo ( $Mdn = 20.84\%$ ) y de la variable otras ( $Mdn = 11.55\%$ ), al tiempo que disminuye el peso de la categoría preparación ( $Mdn = 28.40\%$ ).

Del conjunto de variables de la conducta verbal del paciente destaca el peso de dos de ellas en el total de la muestra: proporcionar información ( $Mdn = 57.22\%$ ) y mostrar aceptación ( $Mdn = 22.97\%$ ). Una tercera variable, mostrar desacuerdo, aunque con un porcentaje de ocurrencia mucho menor, también será relevante a la hora de entender algunas diferencias entre grupos ( $Mdn = 0\%$ ). El resto de variables se da con muy baja frecuencia (solicitar información,  $Mdn = 0\%$ ; verbalización de emociones negativas,  $Mdn = 0\%$ ; verbalización de emociones positivas,  $Mdn = 0\%$ ; seguir instrucciones,  $Mdn = 0\%$ ; otras,  $Mdn = 0\%$ ) y este mismo patrón general se encuentra aproximadamente en los cuatro componentes terapéuticos, aunque es destacable la elevada frecuencia de proporcionar información en el componente 4 y mostrar aceptación en el componente 3.

#### *Comparación de las variables del comportamiento verbal del terapeuta y del paciente entre los distintos componentes terapéuticos*

Los resultados obtenidos con la prueba  $H$  de Kruskal-Wallis para las variables del terapeuta y del paciente se

presentan en la Tabla 5, mientras que los resultados de la prueba  $U$  de Mann-Whitney (en su valor tipificado) para todas las comparaciones entre grupos se recogen en la Tabla 6.

Como se muestra en la Tabla 5, existen diferencias entre los componentes en muchas de las variables de la conducta verbal del terapeuta, concretamente en los porcentajes de ocurrencia de las categorías topografía de refuerzo, topografía de castigo, preparación, instrucción y otras. Sin embargo, sólo se dan diferencias significativas en dos variables del paciente (proporcionar información y mostrar desacuerdo).

Si se comparan los grupos por pares (ver Tabla 6), se encuentra que hay una pareja que se diferencia muy poco en las variables de la conducta verbal del terapeuta (componente 1-componente 3) y una en la que no existen diferencias (componente 2-componente 4). Por otra parte, en los otros cuatro pares de comparaciones entre componentes terapéuticos se encontraron diferencias en un mayor número de variables de la conducta del terapeuta, tal como se analizará con detalle en el siguiente apartado. Las diferencias entre grupos en la conducta verbal del paciente fueron menores y se redujeron a diferencias estadísticamente significativas en una variable específica en cuatro de las comparaciones por pares (componente 1-componente 4, componente 2-componente 3, componente 2-componente 4, componente 3-componente 4).

## DISCUSIÓN

En este estudio se presentó un análisis del proceso terapéutico durante la aplicación de la reestructuración cognitiva con el objetivo general de aportar algo más al conocimiento acerca de la realidad clínica del uso de esta técnica. En primer lugar se realizó un análisis de las actividades que realizan los psicólogos cuando aplican la reestructuración cognitiva. Hasta donde se sabe, ésta es la primera vez que se presentan datos empíricos sobre la realidad del uso clínico de los distintos componentes de la técnica de reestructuración cognitiva, lo cual supone un avance en el conocimiento del tema, que hasta el momento se basaba principalmente en la información teórica presentada en los manuales al respecto o en las propuestas de componentes realizadas por algunos autores (Overholser, 1993a, 1993b, 1994, 1995, 1996, 1999). A partir de los resultados obtenidos se pueden señalar cuatro componentes terapéuticos

Tabla 5

Diferencias entre los componentes en las variables de la conducta verbal del terapeuta y del paciente

		Prueba de Kruskal-Wallis	
Variables		$\chi^2_3$ <sup>a</sup>	<i>p</i>
Variables de la conducta verbal del terapeuta	Topografía discriminativa	2.62	0.54
	Topografía evocadora	1.45	0.695
	Topografía de refuerzo	18.03	0.000**
	Topografía de castigo	17.58	0.001**
	Preparación	28.08	0.000**
	Instrucción	23.78	0.000**
	Otras	19.08	0.000**
Variables de la conducta verbal del paciente	Proporcionar información	15.59	0.001**
	Solicitar información	0.50	0.919
	Mostrar aceptación	7.37	0.061
	Mostrar desacuerdo	10.74	0.013*
	Seguir instrucciones	4.28	0.233
	Verbalización de emociones negativas	4.61	0.203
	Verbalización de emociones positivas	3.69	0.297
	Otras	2.48	0.478

<sup>a</sup> El estadístico *H* se distribuye según el modelo de probabilidad chi-cuadrado, por lo que el programa SPSS ofrece directamente el valor del estadístico  $\chi^2$ , en este caso con tres grados de libertad.

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0.05$ / \*\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0.01$ .

principales, obtenidos de agrupar las distintas actividades que realiza el psicólogo cuando aplica la reestructuración. Atendiendo a estas actividades se puede denominar los cuatro componentes identificados *explicación* (componente 1), *debate* (componente 2), *propuesta de tareas para casa* (componente 3) y *repaso de tareas para casa* (componente 4). En cuanto a los porcentajes de ocurrencia encontrados, se puede afirmar que en la muestra estudiada el psicólogo mayoritariamente debate en sesión con el paciente los pensamientos desajustados de éste o lo entrena en el uso del debate consigo mismo, lo cual se corresponde con el papel fundamental que en los distintos textos sobre reestructuración cognitiva se da al procedimiento de diálogo socrático (veáanse los manuales citados previamente, Beck et al., 1979/1983; Dryden et al., 2003; Ellis & Grieger, 1977/1989; Kennerley, 2007; Padesky & Greenberg, 1995). El terapeuta también dedica una parte importante del tiempo a informar sobre la técnica, sobre la influencia de los pensamientos en otros tipos de conductas o a explicar por qué ciertos pensamientos se consideran desajustados

o irracionales. Otro procedimiento que tiene lugar con menor frecuencia es la propuesta de tareas y pautas de actuación, que complementaría el trabajo llevado a cabo en el contexto clínico. Por último se encuentra el repaso que se hace en sesión de estas actividades que el paciente realizó fuera de ella.

Una limitación metodológica del presente estudio es que los componentes de propuesta y repaso de tareas quedaron reflejados con un porcentaje menor del que realmente tuvo lugar en la práctica y esto se puede explicar por el procedimiento que se siguió para la clasificación de las distintas actividades: A pesar de que en muchos fragmentos de debate el terapeuta intercala momentos que podrían denominarse de “diálogo socrático” con otros momentos en los que propone pautas de actuación o revisa si el cliente puso en práctica las propuestas hechas en sesiones anteriores, debido a la dificultad para separar estos momentos del “diálogo socrático” y partiendo de la predominancia de éste sobre los otros dos tipos de procedimientos, se clasificaron todos estos fragmentos como

Tabla 6

Comparaciones por pares de componentes en las variables de la conducta verbal del terapeuta y del paciente

	Comparaciones entre grupos											
	Comp.1-Comp.2			Comp.1-Comp.3 <sup>a</sup>			Comp.1-Comp.4 <sup>a</sup>			Comp.2-Comp.3		
	z	p		z	p	Z	p	z	P	z	p	z
<i>Variables del terapeuta</i>												
Topografía de refuerzo	-1.80	0.071		-1.50	0.156	-3.06	0.001*	-2.96	0.003*	-2.31	0.021	-3.61
Topografía de castigo	-3.31	0.001*		-1.25	0.359	-0.80	0.515	-2.83	0.005*	-1.06	0.290	-1.70
Preparación	-4.43	0.000*		-2.14	0.031	-4.08	0.000*	-1.30	0.193	-2.14	0.032	-2.65
Instrucción	-1.69	0.092		-3.61	0.000*	-1.59	0.121	-4.53	0.000*	-0.53	0.599	-3.39
Otras	-2.49	0.013		-0.87	0.459	-3.64	0.000*	-2.37	0.018	-2.43	0.015	-3.35
<i>Variables del paciente</i>												
Proporcionar información	-1.76	0.079		-0.65	0.532	-3.46	0.000*	-1.71	0.088	-2.97	0.003*	-2.90
Mostrar desacuerdo	-1.96	0.050		-1.49	0.249	-1.04	0.368	-2.71	0.007*	-0.81	0.420	-2.48

Comp. = componente terapéutico; z= valor tipificado de U de Mann-Whitney.

\* Significativo tomando en consideración  $\alpha = 0.0083$  (corrección de Bonferroni).

<sup>a</sup> En estos casos, puesto que el tamaño muestral de ambos grupos es  $\leq 30$ , se consideró la significación bilateral exacta en lugar de la significación bilateral asintótica.

debate, dejando las categorías propuesta de tareas para casa y repaso de tareas para casa para cuando estas actividades se daban de manera perfectamente diferenciada del debate. Por otra parte, cabe añadir una breve explicación sobre las duraciones de los fragmentos de reestructuración, que pudieran parecer al lector excesivamente cortas: solamente se analizaron los fragmentos en los que se realizaban estrictamente actividades de reestructuración y se eliminaron del análisis otros momentos de la intervención en los que estas actividades de reestructuración se mezclaban con otras que no se podían considerar como tal. En muchos casos se dedicaba el tiempo de una sesión clínica fundamentalmente a la reestructuración, pero por una decisión metodológica se dividió toda esta sesión de reestructuración en pequeños fragmentos.

En este estudio también se analizó la distribución de la conducta verbal del psicólogo y del paciente durante la aplicación de la reestructuración cognitiva y, tal como era esperable, se encontraron diferencias según el tipo de componente terapéutico. Centrándose en el total de la muestra, se puede concluir que el terapeuta se ocupa fundamentalmente de dar información técnica o clínica al paciente o motivar el cambio clínico (categoría preparación) y de dirigir el cambio mediante preguntas u otros tipos de enunciados que buscan la respuesta del paciente a los mismos (topografía discriminativa); también muestra con bastante frecuencia su aprobación ante determinadas verbalizaciones del paciente (topografía de refuerzo) y le da pautas de actuación para fomentar la aparición de ciertas conductas dentro y, sobre todo, fuera del contexto clínico (categoría instrucción); en algunas, aunque pocas, de sus intervenciones emite verbalizaciones categorizadas como otras (en las que no estaría bien definida su posible función) y, todavía en una proporción más pequeña, el terapeuta muestra desaprobación ante una conducta del paciente (topografía de castigo) o presenta verbalizaciones que dan lugar a una respuesta emocional en éste (topografía evocadora). En el caso del análisis de la conducta verbal del terapeuta y del paciente momento a momento, también hasta donde se sabe, éste es el primer estudio que se centró en la técnica de reestructuración cognitiva, aunque otros grupos de investigación han analizado la conducta verbal del terapeuta y/o del paciente para estudiar otros aspectos de la intervención psicológica desde distintas orientaciones clínicas (véanse, por ejemplo, Hill, Nutt & Jackson, 1994; Stiles & Shapiro, 1995).

Si se analiza cada tipo de componente terapéutico de manera independiente, se sigue encontrando una clara predominancia de las dos categorías principales que se señalaban en la muestra total, la categoría preparación y la topografía discriminativa, aunque el peso de éstas se reparte con algunas variaciones en cada componente y se complementa con un diferente porcentaje de las demás categorías. En el caso del componente de explicación destaca que el terapeuta emite más verbalizaciones para dar información técnica o clínica al paciente o motivar el cambio clínico, mientras que muestra menos veces su aprobación ante conductas del paciente, lo que tiene sentido si se toma en cuenta que en este componente de reestructuración más “didáctico” el paciente intervendría menos que en otros. En el componente de debate destaca que el terapeuta muestra su desacuerdo con conductas previas del paciente en un porcentaje mayor, lo cual también parece lógico si consideramos que por medio de este procedimiento trata de modificar sus pensamientos desajustados. En la propuesta de tareas para casa destaca el peso de la categoría instrucción, lo que indica que en este componente el terapeuta dedica una parte importante del tiempo a proponer al paciente pautas de actuación para realizar en el periodo entre sesiones; ello explicaría que durante este tiempo la aprobación ante conductas del paciente sea notablemente baja. El componente de repaso de tareas para casa justamente se caracteriza por lo contrario respecto a la topografía de refuerzo: durante esta actividad el terapeuta muestra en gran medida su aprobación ante conductas del paciente mientras seguramente éste se dedica a informar al terapeuta sobre las tareas que realizó; ello explicaría el alto porcentaje de la variable proporcionar información en el caso del paciente en este procedimiento, que constituye uno de los datos más destacables en cuanto a la conducta verbal de éste. A la vista de los resultados obtenidos se puede afirmar que la técnica de reestructuración cognitiva engloba diversos componentes terapéuticos que no se diferencian exclusivamente en el nombre sino que responden a formas de actuación distintas del terapeuta, caracterizados y diferenciados por potenciales funciones de su conducta verbal.

Por su parte, la conducta verbal del paciente se agrupa en el conjunto de la muestra fundamentalmente en tres categorías; en concreto, éste se dedica durante la reestructuración a responder al terapeuta proporcionando información sobre los aspectos que se tratan en cada sesión



y a mostrar su aceptación ante las verbalizaciones del psicólogo, aunque en menor medida también muestra su desacuerdo con algunos aspectos. Las demás variables se registraron con una frecuencia muy baja, lo cual indicaría que su conducta verbal durante la reestructuración es función directa de las verbalizaciones del terapeuta, quien dirige el diálogo hacia los objetivos que se pretenden con la aplicación de la técnica (en último término, establecer la relación entre pensamientos, acciones y sentimientos), dejando apenas espacio para la verbalización de otras conductas potenciales del paciente en sesión como puede ser la expresión de emociones o la petición de información. Cabe mencionar que una parte de la baja frecuencia de algunas categorías del paciente podría deberse, además de a la explicación clínica previa, a una falta de sensibilidad del sistema de categorías, que habría que mejorar en futuros estudios.

Teniendo en cuenta el análisis descriptivo del comportamiento del psicólogo y del paciente en las distintas actividades, también tienen un claro sentido clínico las diferencias estadísticamente significativas halladas en las comparaciones por pares. Comenzando por el terapeuta, se mencionaba que en el caso de la pareja componente de explicación-componente de propuesta de tareas para casa sólo se encontraron diferencias significativas en el peso de la categoría instrucción, que lógicamente es mayor en el segundo grupo, en el que el terapeuta dedica una amplia parte de su actividad a proponer pautas de actuación para que el paciente realice fuera de consulta.

En el resto de las comparaciones por grupos, exceptuando la pareja debate-repaso de tareas para casa, encontramos más diferencias significativas, como es el caso del componente de explicación frente al de debate: en este último procedimiento el terapeuta intenta conseguir que el paciente modifique sus pensamientos en un sentido, lo que ayudaría a entender que haya más intervenciones con topografía de castigo, seguramente ante verbalizaciones en la dirección contraria al objetivo perseguido. Por su parte, durante el componente de explicación el terapeuta dedica mayor cantidad de verbalizaciones a dar información técnica o clínica o a motivar el cambio, lo cual también permitiría comprender que haya más peso de la categoría de preparación.

Los componentes de explicación y repaso de tareas para casa se diferencian en que en este segundo caso el psicólogo mostraría más su aprobación al paciente, se-

guramente mientras éste le explica las tareas realizadas; también se da una mayor ocurrencia de verbalizaciones categorizadas como otras, sin una función determinada, seguramente a partir de temas “no clínicos” que puedan surgir al comentar las tareas traídas por el paciente a consulta. En el componente de explicación hay un mayor peso de la categoría preparación, seguramente porque el terapeuta dedica un mayor número de sus intervenciones a motivar el cambio o a informar sobre distintos aspectos.

El debate y la propuesta de tareas para casa se diferencian en que en el primer tipo de actividad el terapeuta muestra más su aprobación o su desacuerdo ante las intervenciones del paciente, probablemente en función de si considera éstas más o menos adaptativas y con el objetivo de dirigir el cambio en la dirección buscada. Por otra parte, en la propuesta de tareas para casa tiene más peso la categoría instrucción pues aunque en el debate también se dan instrucciones al paciente, resulta lógico que se den más pautas en el otro componente.

Por último, la propuesta de tareas se diferencia del repaso de tareas para casa en que el psicólogo dedica en el primer componente más verbalizaciones a proponer tareas y pautas de actuación al paciente y acompaña éstas con un mayor peso de la categoría preparación con el objetivo de informar y motivar al paciente para que ponga en práctica sus propuestas. En el componente de repaso de tareas el psicólogo mostraría su aprobación ante los logros del paciente, por lo que se encuentra una mayor proporción de la topografía de refuerzo. Quizás el hecho de que a partir del repaso de tareas puedan surgir temas que no constituyen un objetivo terapéutico explicaría el mayor porcentaje de la variable otras.

Las diferencias obtenidas en la comparación entre grupos respecto a la conducta verbal del paciente también tendrían una explicación clínica coherente. Los componentes de debate y propuesta de tareas para casa se distinguen por el mayor porcentaje de verbalizaciones del paciente categorizadas como mostrar desacuerdo en el debate, una actividad en la que resulta razonable que éste exprese su desacuerdo ante verbalizaciones alternativas propuestas por el psicólogo, mientras que no suele mostrar desacuerdo con las tareas que el terapeuta le propone. Por otra parte, la variable proporcionar información es la que permite distinguir otros tres pares de grupos: repaso de tareas para casa frente a explicación, debate y propuesta de tareas para

casa. En todos los casos hay mayor peso de esta variable en el repaso de tareas, lo cual tiene sentido, tal como ya se apuntó anteriormente, puesto que en esta actividad el paciente fundamentalmente explica al psicólogo las tareas que realizó fuera del contexto clínico.

En definitiva, a partir de los análisis realizados se pudo extraer conclusiones sobre los componentes que forman parte de la técnica de reestructuración en la muestra analizada y las diferencias entre ellos en cuanto a la conducta verbal del terapeuta y del paciente, en relación a la posible funcionalidad de las verbalizaciones del primero. Ello aporta claridad en cuanto a algunas de las confusiones sobre esta técnica señaladas por Carey y Mullan (2004, 2007) y supone un avance respecto a trabajos de investigación de procesos previos sobre la reestructuración cognitiva (Froján-Parga, Calero-Elvira et al., 2006, 2009, en prensa). Sin embargo, queda mucho camino por recorrer y todavía faltan por realizar estudios en esta línea con muestras más numerosas y poner en relación el comportamiento del psicólogo y el del paciente abordando el estudio de la interacción terapéutica momento a momento para poder identificar los mecanismos de cambio que subyacen a la aplicación de la reestructuración cognitiva y que tendrían relación con una mayor efectividad en el uso de la técnica. Este tipo de estudios habría que abordarlo utilizando las técnicas de análisis secuencial (véanse Bakeman, Adamson & Strisik, 1995; Bakeman & Gottman, 1986/1989, 1997; Quera, 1993). Sea cual fuere el objetivo concreto que se trate de estudiar, cualquiera de estos trabajos que analice los mecanismos de cambio con una metodología adecuada supondrá un paso más en la reducción de la distancia entre la investigación y la práctica clínica y, en definitiva, ayudará al profesional proporcionándole herramientas terapéuticas con una sólida base experimental y empírica, lo cual redundaría a largo plazo en una mayor efectividad y eficacia clínicas (Ribes-Iñesta, 2005). Cuando se avance todo este camino se podría proponer orientaciones prácticas para la mejora de la labor clínica de los psicólogos, si bien por el momento es necesario comenzar por estudios descriptivos básicos que constituyan los cimientos de una investigación aplicada posterior.

## REFERENCIAS

- American Psychological Association Practice Directorate (2003). *PracticeNet survey: Clinical practice patterns*. Recuperado de <http://www.apapracticenet.net/results.asp>
- Bakeman, R. (2000). Behavioural observation and coding. En H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 138-159). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Bakeman, R., Adamson, L. B. & Strisik, P. (1995). Lags and Logs: Statistical Approaches to Interaction (SPSS version). En J. M. Gottman (Ed.), *The Analysis of Change* (pp. 279-308). Mahwah, NJ, EE. UU.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bakeman, R. & Gottman, J. M. (1989). *Observación de la interacción: Introducción al análisis secuencial*. (M. T. Anguera Argilada & A. Blanco y Villaseñor, Trads.). Madrid, España: Ediciones Morata. (Trabajo original publicado en 1986).
- Bakeman, R. & Gottman, J. M. (1997). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis* (2a. ed.). Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Bakeman, R., Quera, V., McArthur, D. & Robinson, B. F. (1997). Detecting sequential patterns and determining their reliability with fallible observers. *Psychological Methods*, 2, 357-370.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York, NY, EE. UU.: Hoeber.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. (S. del Viso Pabón, Trad.). Bilbao, España: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1979).
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Nueva York, NY, EE. UU.: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Madrid: Gedisa. (Trabajo original publicado en 2005).
- Bishop, W. & Fish, J. M. (1999). Questions as interventions: Perceptions of Socratic, solution-focused, and diagnostic questioning styles. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 17, 115-140.
- Calero Elvira, A. (2009). *Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva*. Disertación doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Callaghan, G. M. (1998). Development of a coding system for functional analytical psychotherapy for the analysis of the components effecting clinical change. *Dissertation Abstracts International*, 59(09), 5073B. (Microfilmes de la universidad No. 9907753)

- Carey, T. A. & Mullan, R. J. (2004). What is Socratic Questioning? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 217-226.
- Carey, T. A. & Mullan, R. J. (2007). Socratic questioning in psychotherapy: A history of crossed purposes. *Counselling Psychology Review*, 22(4), 20-27.
- Catania, A. C. (1992). *Learning* (3a. ed.). Englewood Cliffs, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.
- Dryden, W., DiGiuseppe, R. & Neenan, M. (2003). *A primer on rational emotive behavior therapy*. Champaign, IL, EE. UU.: Research Press.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1989). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 1). (A. S. Marañón, Trad.). Bilbao, España: Desclee de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1977).
- Ellis, A. (1970). *Razón y emoción en psicoterapia*. (A. Ibáñez, Trad.). Bilbao, España: Desclee de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1962).
- Froján-Parga, M. X., Calero-Elvira, A., & Montaña-Fidalgo, M. (2006). Procesos de aprendizaje en las técnicas de reestructuración semántica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32, 287-305.
- Froján-Parga, M. X., Calero-Elvira, A. & Montaña-Fidalgo, M. (2009). Analysis of the therapist's verbal behavior during cognitive restructuring debates: A case study. *Psychotherapy Research*, 19, 30-41.
- Froján-Parga, M. X., Calero-Elvira, A. & Montaña-Fidalgo, M. (en prensa). Study of Socratic method during cognitive restructuring technique. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M. & Calero-Elvira, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18, 797-803.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M. & Calero-Elvira, A. (2007). Why do people change in therapy? A preliminary study. *Psychology in Spain*, 11, 53-60.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M. & Calero-Elvira, A. (2010). Therapist' verbal behavior analysis: A descriptive approach to psychotherapeutic phenomenon. *Spanish Journal of Psychology*, 13, 914-926.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M., Calero-Elvira, A., García, S. A., Garzón, F. A. & Ruiz-Sancho, E. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20, 603-609.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M., Calero-Elvira, A. & Ruiz-Sancho, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud*, 22, 69-85.
- Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., Montaña-Fidalgo, M., Calero-Elvira, A. & Alpañés-Freitag, M. (en prensa). Estudio de las diferencias durante la evaluación clínica según la experiencia del terapeuta. *Anales de Psicología*.
- Hill, C. E. (1978). Development of a counselor verbal category system. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461-468.
- Hill, C. E., Greenwald, C., Reed, K. G., Charles, D., O'Farrell, M. K. & Carter, J. A. (1981). *Manual for Counselor and Client Verbal Response Category Systems*. Columbus, OH, EE. UU.: Marathon Consulting and Press.
- Hill, C. E., Nutt, E. A. & Jackson, S. (1994). Trends in psychotherapy process research: samples, measures, researchers and classic publications. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 364-377.
- Kennerley, H. (2007). *Socratic Method*. Oxford, Inglaterra: Oxford Cognitive Therapy Centre Essential Guides.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY, EE. UU.: Guilford Press.
- Mahoney, M. J. & Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2a. ed., pp. 689-722). Nueva York, NY, EE. UU.: Wiley.
- Overholser, J. C. (1988). Clinical utility of the Socratic method. En C. Stout (Ed.), *Annals of clinical research* (pp. 1-7). Des Plaines, IL, EE. UU.: Forest Institute.
- Overholser, J. C. (1993a). Elements of the socratic method: I. Systematic Questioning. *Psychotherapy*, 30, 67-74.
- Overholser, J. C. (1993b). Elements of the socratic method: II. Inductive Reasoning. *Psychotherapy*, 30, 75-85.
- Overholser, J. C. (1994). Elements of the socratic method: III. Universal definitions. *Psychotherapy*, 31, 286-292.
- Overholser, J. C. (1995). Elements of the socratic method: IV. Disavowal of knowledge. *Psychotherapy*, 32, 283-292.
- Overholser, J. C. (1996). Elements of the socratic method: V. Self-improvement. *Psychotherapy*, 33, 549-559.
- Overholser, J. C. (1999). Elements of the socratic method: VI. Promoting virtue in everyday life. *Psychotherapy*, 36, 137-145.
- Padesky, C. A. & Greenberg, D. (1995). *Clinician's Guide to Mind Over Mood*. Nueva York, NY, EE. UU.: Guilford Press.
- Pateman, T. (1999). Psychoanalysis and Socratic education. En S. Appel (Ed.), *Psychoanalysis and pedagogy* (pp. 45-51). Westport, CT, EE. UU.: Bergin & Garvey.
- Pérez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Pérez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid, España: Universitas.
- Pérez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid, España: Minerva Ediciones.
- Quera, V. (1993). Análisis secuencial. En M. T. Anguera (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica. Volumen II: Fundamentación* (pp. 341-583). Barcelona, España: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Ribes-Iñesta, E. (2005). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 5-14.
- Ribes-Iñesta, E., Rangel, N. E. & López-Valadéz, F. (2008). Análisis teórico de las dimensiones funcionales del comportamiento social. *Revista Mexicana de Psicología*, 25, 45-57.

- Stiles, W. B. (1987). Verbal response modes as intersubjective categories. En R. L. Russell (Ed.), *Language in psychotherapy: Strategies of discovery* (pp. 131-170). Nueva York, NY, EE. UU.: Plenum Press.
- Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1995). Verbal exchange structure of brief psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 15-27.
- Tweed, R. G. & Lehman, D. R. (2003). Confucian and Socratic learning. *American Psychologist*, 58, 148-149.
- Virúes-Ortega, J., Montaña-Fidalgo, M., Froján-Parga, M. X. & Calero-Elvira, A. (en prensa). Descriptive analysis of the verbal behavior of a therapist: A known-group validity analysis of the behavioral functions involved in clinical interaction. *Behavior therapy*.

Recibido 16 de diciembre de 2010

Aceptado 12 de mayo de 2011